

DIE ZAHNÄRZTE IN DER CALWERSTRASSE

DR. MED. DENT. ALF-HENRY [^]MAGNUSSON
PRAXIS FÜR RESTAURATIVE ZAHNHEILKUNDE
ENDODONTIE PROPHYLAXE

Anmeldeformular

Angaben zu Ihrer Person:

Titel/Name/Vorname: _____ / _____ / _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon privat: _____ / _____ Telefon gesch.: _____ / _____
Mobiltelefon: _____ / _____
Fax: _____ / _____
e-mail Adresse: _____ @ _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____

Versicherungsverhältnis:

privat versichert bei: _____ gesetzl. versichert bei: _____

evtl. abweichende Rechnungsadresse:

Empfänger: _____
Strasse: _____
PLZ: _____ Ort: _____

Die Praxis wurde mir empfohlen von? _____

Ich komme durch Zufall, Telefonbuch, Internet, etc.: _____

Meine hauptsächlichen Anliegen sind.: _____

Fragen zu früheren zahnärztlichen Behandlungen und zum Zustand Ihrer Zähne

- Ich war zuletzt am _____ beim Zahnarzt
- Leiden Sie momentan unter Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch? _____ Seit wann? _____
- Bemerken Sie manchmal oder gar regelmäßig Zahnfleischbluten (z.B. nach Zähneputzen)? _____
- Leiden Sie unter Mundgeruch oder schlechtem Geschmack? _____
- Wurden Sie schon einmal wegen Parodontose/Parodontitis behandelt? _____ wann: _____
- Wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____
- Wurden Sie bisher bereits regelmäßig durch eine Dentalhygienikerin betreut? _____ Intervall: _____
- Fühlen Sie sich manchmal eingeschränkt in den Bewegungen Ihres Kiefers? _____
- Knackt manchmal Ihr Kiefergelenk? _____ Tut es dann weh? _____
- Leiden Sie häufiger unter Verspannungen im Kopf/Hals/Nackengebiet? _____
- Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt? _____ hat das eine konkrete Ursache? _____
- Wann wurde Ihnen zum letzten Mal ein Zahn gezogen? _____ Warum? _____
- Wann erhielten Sie Ihre letzte Füllung wegen einer Karies? _____
- Wieviele Füllungen und Kronen haben Sie im Mund (schätzungsweise) ? _____
- Wie kommen Sie mit Ihrem Zahnersatz zurecht? _____
- Gibt es in Ihrem Gebiss Stellen, an denen sich ständig Speisereste sammeln? _____
- Was stört Sie am Meisten an Ihren Zähnen ? _____
- Was gefällt Ihnen am Besten an Ihren Zähnen ? _____
- Tragen Sie herausnehmbaren Zahnersatz ? _____
- Würden Sie gerne wieder festsitzenden Zahnersatz bekommen ? _____
- Würden Sie bei entsprechendem Zahnverlust herausnehmbaren Zahnersatz akzeptieren ? _____

Ordnen Sie bitte die folgenden Begriffe in der Reihenfolge Ihrer persönlichen Gewichtung von wichtig nach weniger wichtig

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| Qualität (Langlebigkeit) von Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | (1 = sehr wichtig; 6 = nicht wichtig) |
| Funktion von Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | |
| Ästhetik | <input type="checkbox"/> | |
| festsitzender Zahnersatz | <input type="checkbox"/> | |
| Behandlungsdauer | <input type="checkbox"/> | |

Angaben zu Ihrer allgemeinen Gesundheit

Als Ihr Zahnarzt injiziere und verschreibe ich Medikamente, die mit Ihren, eventuell vom Hausarzt verordneten Medikamenten unverträglich sind oder deren Wirkung beeinflussen können. Es gibt auch Medikamente, die die Blutgerinnung herabsetzen. Ohne Ihre genauen Angaben kann ich Sie nicht mit aller gebotenen Sicherheit behandeln.

Name, Anschrift und Telefonnummer Ihres behandelnden Hausarztes:

Nehmen Sie fortlaufend Medikamente, wenn ja welche? (bitte bringen Sie uns bei einem der nächsten Besuche am besten Kopien der Beipackzettel mit!)

	ja	nein	
Allergie, Allergiepaß gegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Biphosphontate gegen Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, seit wann: _____
Medikamentenüberempfindlichkeit Präparat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutgerinnungsstörung, Hämophilie Marcumar, Heparin, Aspirin regelmäßig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INR Wert: _____
Kopfschmerzen, Migräne, Verspannungen im Bereich HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden, Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-, Kreislauferkrankung genau: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie hoch war Ihr Blutdruck bei der letzten Messung: _____

Diabetes (Blutzuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bakterielle Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankung genau: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grauer oder Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herpes (Lippenbläschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionskrankheiten (Hepatitis, erworbene Immunschwäche (AIDS, HIV) Tuberculose, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-, Darm-, Nierenerkrankung genau: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige Erkrankungen: _____			

bei Frauen: Schwangerschaft/Monat: _____
stillen Sie noch?

Allgemeine Hinweise zur Praxis und Organisatorisches

Rechenzentrum



Im Anhang finden Sie eine Abtretungserklärung an das **DZR Deutsche Rechenzentrum für Zahnärzte**. Bitte unterschreiben Sie diese Erklärung. Die Abtretungserklärung kann Ihrerseits jederzeit widerrufen werden. Hiermit erleichtern Sie uns die Buchhaltung und Liquidationsverwaltung. Zudem bietet das DZR verschiedene bequeme Zahlungswege an, die für Sie die Begleichung einer Liquidation vereinfachen können.

Terminverwaltung / Behandlung



Wir werden Sie einen Tag vor **jedem Termin** in unserer Praxis mit einer telefonischen Nachricht erinnern. Wir führen eine moderne Bestellpraxis und sind bemüht, Ihnen möglichst keine oder nur kurze Wartezeiten zu garantieren. Dies bedeutet aber, dass Sie sich unbedingt an die vereinbarten Termine halten müssen, da sonst bei uns Leerlauf anfällt. Wenn Sie einen Termin absagen müssen, so tun Sie dies bitte möglichst 3 Tage im Voraus. Bei überraschendem Fernbleiben, müssen wir im Wiederholungsfall den entstandenen Ausfall berechnen.

Recall



Ich möchte per **Telefon / Postkarte / E-mail** (nicht Zutreffendes bitte streichen) an den Ablauf meines individuellen Prophylaxe Intervalles erinnert werden.

Anästhesie und Schmerzausschaltung



Sollten Sie während der Behandlung bei uns zur Schmerzausschaltung eine Injektion erhalten, ist Ihre Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden eingeschränkt. Wir bitten Sie, dies zu beachten. Auf Wunsch und bei gravierenden Eingriffen, besteht die Möglichkeit unter Beiziehung eines Anästhesisten eine Behandlung in **Sedierung** (Dämmerschlaf) durchzuführen.

Photographien



Im Verlauf Ihrer Untersuchung und Behandlung werden aus unterschiedlichen Gründen Photos von Ihnen oder Ihren Zähnen und Kiefer gemacht. Dies dient Ihrer Aufklärung und Beratung, welche anhand vom Photos besser erläutert werden kann. Zudem dienen diese Photos der Verlaufskontrolle Ihrer Behandlung.

Ausgesuchte Fälle finden darüber hinaus Eingang in wissenschaftliche Untersuchungen und Artikeln in zahnmedizinischen Fachzeitschriften oder wissenschaftlichen Vorträgen. In keinem dieser genannten Fälle, wird hierauf Ihr Gesicht zu sehen sein, oder sind aufgrund der Darstellung Rückschlüsse auf Ihre Person möglich. Gerne erhalten Sie von uns auch digitale Kopien Ihrer Bilder.

Ich habe dies zur Kenntnis genommen und bin hiermit einverstanden. Ich kann jederzeit dieses Einverständnis zurücknehmen.

Stuttgart, den

Datum

Unterschrift